

Carla Isabel da Silva Castro

N.º 20380

Perceção de qualidade de vida no pós AVC

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Carla Isabel da Silva Castro

N.º 20380

Perceção de qualidade de vida no pós AVC

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Carla Isabel da Silva Castro

N.º 20380

Perceção de qualidade de vida no pós AVC

Atesto a originalidade do trabalho

Projeto de Investigação apresentado
à Universidade Fernando Pessoa
como requisito para a obtenção do
grau de Licenciatura em
Enfermagem.

Sumário

O AVC, é a primeira causa de mortalidade e morbidade, tem uma elevada incidência em Portugal, tendo como taxa de mortalidade aproximadamente 20 000 casos por ano, ou seja 2 casos por cada 1000 habitantes. Com a alteração dos estilos de vida, o número de doenças como o AVC tem vindo a aumentar, devido ao sedentarismo, alimentação inadequada, falta de exercício físico e fatores hereditários. É uma doença de início súbito que é reconhecida pelas alterações físicas, cognitivas e emocionais que geralmente o individuo apresenta, acarretando implicações a vários níveis e alterando estilos de vida.

O AVC afeta não só o individuo mas toda a família, esta passa a ter uma função de 24 horas no que se refere a cuidar do mesmo, trazendo repercussões no dia a dia familiar. Torna-se portanto pertinente tentar saber um pouco mais sobre o dia a dia destes indivíduos vitimas de AVC, essencialmente qual a sua opinião no que se refere a autonomia e qualidade de vida. Este trabalho consiste na elaboração de um estudo de caso abordando esta temática tão pertinente: “Perceção de qualidade devida no pós AVC”

Para dar resposta a este estudo recorreu-se a uma abordagem qualitativa do tipo descritivo - fenomenológico, aplicando como instrumento de colheita de dados, um guião de entrevista semi estruturada e um guião relativo a dados socio demográficos, de forma a recolher o máximo de informação possível relativa a este estudo de caso. O tratamento de dados foi efetuado através a análise de conteúdo e os resultado foram apresentados através de quadros de onde foram retiradas as principais conclusões.

De acordo com a análise e interpretação dos resultados finais constatou-se que este individuo apesar das limitações físicas que de alguma forma lhe condicionam as atividades diárias, sente-se feliz por apresentar autonomia suficiente para se considerar independente, se no período que se seguiu ao AVC se sentia triste e deprimido, neste momento sente-se uma pessoa realizada e de bem com a vida.

Agradecimentos

Torna-se fundamental expressar o meu agradecimento e reconhecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste percurso e sem os quais esta meta não teria sido atingida.

Assim aproveito este espaço para deixar os meus agradecimentos:

Ao meu marido e à minha filha, pelo carinho, confiança, compreensão e todos os momentos em que não lhes pude disponibilizar o devido tempo e dedicação.

Aos meus pais e à minha irmã, pela força, apoio e confiança que sempre depositaram em mim.

À orientadora deste trabalho monográfico, a Enfermeira Especialista Ana Serra, pela orientação científica, disponibilidade, dedicação e apoio.

A todos os meus colegas de curso por me terem feito sentir acarinhada e respeitada durante todo o percurso.

À Rita Malafaia, à Catarina e ao Bruno, amigos para a vida.

A todos Muito Obrigada!

Siglas e Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades da vida diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Página

Índice

Introdução.....	1
Parte I. Fase Conceptual.....	5
1.1. Definição e delimitação do tema.....	5
1.2. Pergunta de Partida	6
1.3 Questões de Investigação.....	6
1.4 Objetivo geral.....	7
1.5 Objetivos Específicos.....	8
1.6 Revisão Bibliográfica.....	8
1.7 Conceitos.....	9
1.7.1 Conceito de Acidente Vascular Cerebral.....	9
1.7.2 Fatores de risco do AVC.....	9
1.7.3 Incidência do AVC.....	11
1.7.4 Prevenção do AVC.....	12
1.8 Manifestações Clínicas do AVC.....	12
1.9 Qualidade de vida.....	13

1.10	Conceito de Saúde / doença.....	14
1.10	Conceito de Necessidades Humanas Básicas.....	14
Parte II. Fase Metodológica.....		16
2.1	Tipo de Estudo.....	16
2.2	Amostra e Seleção do Caso	18
2.2	Método /Instrumento de colheita de dados.....	19
2.2.1	Entrevista.....	19
2.3	Considerações Éticas.....	20
2.4	Tratamento de Dados	20
Parte III- Fase Empírica.....		22
3.1	Apresentação do caso.....	22
3.2	Apresentação dos resultados / Análise da entrevista.....	24
3.2.1	Conceito de qualidade de vida para o individuo no pós AVC	24
3.2.2	Descrição de necessidades humanas básicas no pós AVC.....	25
3.2.3	Tipos de alterações no pós AVC.....	32
3.2.4	Aspetos relevantes do impacto da doença no pós AVC	33

IV - Conclusão.....	35
V- Bibliografia.....	37
VI – Apêndices.....	39

Índice de quadros

Quadro 1 - Análise de conteúdo referente á categoria “ Como define o individuo qualidade de vida”	24
Quadro 2 - Análise de conteúdo referente à categoria “ Relativamente às necessidades humanas básicas como descreve o dia-a-dia após o AVC”	25
Quadro 3 – Análise de conteúdo referente à categoria; “ Com que alterações físicas, sociais e emocionais ficou após o AVC”	32
Quadro 4 - Análise de conteúdo referente a categoria Identificar aspetos positivos e/ou negativos do impacto da doença no dia-a-dia”	33

Índice de Apêndices

Apêndice I – Entrevista Semi Estrturada.....	40
--	----

Introdução

O AVC é uma das patologias mais frequentes na cultura Portuguesa, sendo considerado a primeira causa de mortalidade, morbidade e diminuição da esperança de vida com qualidade. Atinge cada vez mais pessoas de classe etária mais jovem, constituindo-se como um grave problema de saúde pública.

De acordo com Silva (2000,p.168), “cerca de 80% dos AVC poderão ser preveníveis, cerca de 50% das mortes cerebrovasculares, antes dos 70 anos de idade, poderão ser evitadas (...)”, através da implementação de medidas preventivas. A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a saúde. (Kelly, 2005)

De acordo com Leonardo Dornas de Oliveira (2002):“O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica complexa envolvendo anormalidade normalmente súbita do funcionamento cerebral decorrente de uma interrupção da circulação cerebral ou de hemorragia, seja parenquimatosa ou subaracnoideia. Cerca de 85% dos AVC’S são de origem isquémica e 15% decorrentes de hemorragia cerebral”.

Assim a OMS classifica qualidade de vida como, “ (...) posição do indivíduo sobre a sua perceção de vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (...)” (cit in, Qualidade de vida e saúde, aspetos conceptuais e metodológicos, Eliane Seidl e Célia Zannon).

É uma doença de início súbito que é reconhecida pelas alterações físicas, cognitivas e emocionais que geralmente o individuo apresenta, acarretando implicações a vários níveis e alterando estilos de vida.

Perante um leque variado de temas na área da saúde, procurou-se que este estudo fosse de utilidade social, colocando em prática os conhecimentos aprendidos ao longo do curso e desenvolvendo competências ao nível dos procedimentos de investigação e do tema elaborado.

Após uma reflexão profunda sobre esta problemática, surgiu a necessidade e curiosidade de aprofundar o seguinte tema: “ Perceção de qualidade de vida no pós AVC”.

A escolha deste tema assenta nas motivações pessoais e académicas da investigadora. Como motivação académica, este trabalho destaca-se pelo interesse no conteúdo teórico e o facto do mesmo ser um requisito para a obtenção da Licenciatura em Enfermagem, mas a passagem por vários ensinamentos clínicos e o contacto com este tipo de pacientes também reforçou a curiosidade relativamente ao tema em questão. Em relação às motivações pessoais, as mesmas assentam na procura do aumento dos conhecimentos nesta área tentando perceber-se quais as alterações ocorridas durante todo este processo, assim, o facto do indivíduo escolhido para este estudo de caso ser uma pessoa conhecida e ter sido vítima de AVC isquémico aos 53 anos, suscitou mais interesse, pois levou à necessidade de querer aprofundar minuciosamente todos os aspetos relevantes da sua vida antes e após o AVC.

Depois da escolha do tema e da consulta efetuada à literatura referente ao assunto, formulou-se aquela que será a pergunta de partida para este estudo de caso: “ Qual a perceção de qualidade de vida de um indivíduo vítima de Acidente Vascular Cerebral?”

De modo a dar resposta a este problema delineou-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a definição de qualidade de vida para o indivíduo no pós AVC;
- Descrever o dia-a-dia do indivíduo no pós AVC;
- Identificar quais as limitações que o indivíduo apresenta no pós AVC;
- Identificar aspetos positivos e/ou negativos do impacto da doença no dia a dia do indivíduo no pós AVC ;

Tendo como base a problemática e os objetivos supra citados optou-se pela utilização de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, fenomenológico. Para dar sequência ao processo de investigação os dados foram recolhidos através de um guião de entrevista semi estruturada com quatro perguntas podendo ser direcionadas ao tema em questão e desta forma recolher a maior quantidade de informação possível.

Esta entrevista decorreu na habitação do indivíduo em questão no dia 17 de Junho de 2012 entre as 15:00h e as 18:00h, decorrendo num ambiente calmo e de compreensão mútua em horário oportuno e previamente definido pelas duas partes, foi também gravada a entrevista de forma a não se perder informação considerada necessária. Os dados colhidos foram tratados segundo a análise de conteúdo Bardin (2009). Após a recolha dos dados, estes foram tratados em quadros de forma a obter uma boa organização e ser mais fácil de consultar pelo leitor, posteriormente foram analisados e discutidos.

Assim este trabalho está dividido em três partes distintas: a primeira parte, referente à fase Conceptual, constituída pela fundamentação teórica sobre o AVC, onde se integram conceitos e algumas classificações que fundamentam o estudo; uma segunda parte que integra a fase Metodológica, onde se descreve a metodologia adotada, bem como os métodos e instrumentos de recolha de informação e o meio da pesquisa caracterizando o indivíduo, a terceira parte que é a fase Empírica, inclui o tratamento e a análise dos dados obtidos bem como a discussão dos resultados.

Constatou-se através dos resultados obtidos que sendo o AVC a patologia com maior taxa de mortalidade e morbidade em Portugal, o indivíduo deste estudo acaba por encarar a situação da melhor forma, após sofrer um AVC isquémico, conseguiu recuperar a alegria de viver e diz-se hoje uma pessoa praticamente independente e de bem com a vida.

Resta agora referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho monográfico foi elaborado e que, pelo seu carácter, contribuiu para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisição que, ao longo da licenciatura, ainda não tinham sido adquiridos.

Com a realização deste trabalho espera-se então contribuir para a reflexão acerca dos aspectos mais importantes relacionados com o AVC.

Por término deseja-se que a leitura seja aprazível e que o fruto dessa leitura se traduza em efeitos semelhantes.

I. Fase Conceptual

O início do projeto de investigação evidencia-se a partir da escolha de um tema e a elaboração de uma pergunta de partida que alicerça todas as questões de investigação, dando origem aos objectivos que fundamentam a pesquisa.

A fase conceptual, consiste “(...) em definir os elementos de um problema. (...) O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.” citando Fortin (2009,p.49),

Segundo Woods e Catanzaro, 1988 (cit in Fortin 1999)

“A unidade de análise de um estudo de caso pode ser um fenómeno, um individuo, uma família, um grupo, uma organização ou uma unidade social de maior âmbito. Num grande número de estudos de caso realizados em ciências de enfermagem, a unidade de análise tem recaído sobretudo em indivíduos com problemas de saúde particulares (...)”

Complementando e de acordo ainda com Fortin (1999, p. 39),

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo(...)”

1.1 Definição e delimitação do tema

A investigação em Enfermagem deve

“ (...) refletir as necessidades de uma profissão, mas também o desejo de discutir e elucidar os fenómenos a fim de compreendê-los e utilizar os resultados, tendo como favorecidos as pessoas sujeitas a cuidados, a sociedade e a própria profissão. Pesquisar em Enfermagem, deverá ser uma investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.” Polit et al. (2004, pag.20)

“Qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso.” (cit in Fortin 2009)

Desta forma, um estudo de investigação inicia-se com um problema que se gostaria de resolver, ou então com uma questão a responder. Uma investigação tem como início a escolha de um tema considerado pertinente pelo investigador.

Partindo deste pressuposto, o tema do projeto de investigação em causa é “ Percepção de qualidade de vida no pós AVC”.

1.2 Pergunta de partida

A pergunta de partida surge da necessidade por parte do investigador em tentar “(...) exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 41).

“A formulação de um problema de investigação depende, não só da escolha de um tema de investigação, ao qual se reporta a problemática em estudo, como também de uma pergunta que dará origem às questões de investigação.” De acordo com Fortin (2009, p,72)

Logo, tendo por base o tema proposto e pressuposto o que foi dito anteriormente, definiu-se a seguinte pergunta de partida “ Qual a percepção de qualidade de vida de um indivíduo vítima de AVC?”. Esta é a grande questão de investigação inicial e que deu origem a outras questões de investigação.

1.3 Questões de investigação

Estas, mais específicas que a pergunta de partida, facilitam a compreensão no âmbito do problema e alicerçam a construção de objetivos. As questões de pesquisa são, “(...) a reformulação direta das declarações de finalidade, elaboradas interrogativamente e não como uma declaração. (...)”, “ As questões simples e directas convidam a uma resposta e ajudam a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la.”

Conforme Polit et al. (2004, p. 109), A formulação de questões de investigação permite ao investigador restringir o estudo e não ir para além dos seus objetivos.”

Foram então elaboradas as seguintes questões:

- Qual o conceito de qualidade de vida para um individuo pós AVC?
- Relativamente às necessidades humanas básicas, como descreve o individuo o seu dia a dia no pós AVC?
- Quais as alterações (físicas, sociais, emocionais), que o individuo consegue identificar, após o AVC?
- Será que existem aspetos positivos ou negativos identificados pelo indivíduo no pós AVC, relativamente ao impacto da doença?

1.4 Objetivo geral

Assim o objectivo geral que se definiu para este trabalho, foi o seguinte: -“Compreender com que percepção de qualidade de vida ficou este individuo após o AVC”.

Relativamente ao objetivo geral de investigação, Marconi e Lakatos (2007, p. 24), defendem que este, “(...) torna explicito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.”

Para Ackoff (1975:27), “(...) o objetivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar as nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento.”

1.5 Enunciação de objectivos específicos

Quanto aos objectivos específicos, estes surgem como um fio condutor do trabalho a elaborar, guiando o investigador para que este não se desvie do percurso elaborado anteriormente. Assim, Marconi e Lakatos (2007, p.24) mencionam que estes, “ (...) podem definir a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser seleccionado e as informações a colher.”

Desta forma e na sequência da construção do objectivo geral, surgiram os seguintes objectivos específicos:

- Conhecer a definição de qualidade de vida para o indivíduo no pós AVC;
- Descrever o dia-a-dia do individuo no pós AVC, relativamente às necessidades humanas básicas
- Identificar quais as limitações que o indivíduo apresenta no pós AVC;
- Identificar aspetos positivos e/ou negativos do impacto da doença no dia a dia do individuo no pós AVC ;

1.6- Revisão Bibliográfica

A revisão da literatura do estudo de investigação envolve um agregado de conceitos indispensáveis para o desenvolvimento e compreensão do estudo em causa. Para além disso, através da revisão de literatura estabelece-se relações entre os conceitos.

Para Polit et al. (2004, p.125) a revisão da literatura

“(…) proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento actual sobre um tópico e esclarece a importância do novo estudo. As revisões de literaturas servem, assim, como função integradora e facilitam o acumular de conhecimentos.”

Assim, tendo em conta o tema em estudo, torna-se relevante clarificar conceitos sobre o acidente vascular cerebral, que se encontra no cerne da investigação.

1.7 – Conceitos

1.7.1 - Conceito de Acidente Vascular Cerebral

AVC isquémico pode ser definido em concordância com Harrison's Principles of Internal Medicine (2000) como:

“(…) o tipo de AVC mais comum e consiste num trombo (coágulo formado por cima da placa arteriosclerótica) que se forma numa artéria cerebral impedindo que o sangue flua até o cérebro. Este trombo também pode formar-se no pescoço, ao nível da artéria carótida ou a artéria vertebral (artérias que levam o sangue do coração até a cabeça.”

Como é conhecido, a prevalência do AVC isquémico é superior ao AVC hemorrágico, assim e segundo afirma Leonardo Dornas de Oliveira (2002)

“O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica complexa envolvendo anormalidade normalmente súbita do funcionamento cerebral decorrente de uma interrupção da circulação cerebral ou de hemorragia, seja parenquimatosa ou subaracnoideia .Cerca de 85% dos AVC`S são de origem isquémica e 15% decorrentes de hemorragia cerebral.”

Por sua vez Hernandez (2000) complementa a afirmação dizendo:

“Com o avançar do ciclo vital, assiste-se nos indivíduos a várias alterações psicológicas, sociais e biológicas, sendo esta última a principal responsável pela incapacidade na realização de actividades fundamentais da vida quotidiana.”

1.7.2 Factores de risco AVC

Existem várias condições que representam factores de risco para o desenvolvimento de AVC, sendo algumas não modificáveis como a idade, que como sabemos é uma

condição que dobra o risco a cada 10 anos após os 50 anos de idade. Nesta categoria estão também o sexo, o grupo étnico e a predisposição genética.

Assim e segundo Sebastião Eurico de Melo e Sousa;

“ (...) entre os factores modificáveis incluem-se a hipertensão arterial, as doenças cardíacas, hemopatias, o diabetes mellitus, a dislipidemia, o tabagismo, aumento da homocisteína plasmática, abuso de bebida alcoólica, hábitos sedentários (...) A hipertensão arterial é considerada o principal fator de risco, tanto a hipertensão sistólica como a diastólica, sendo a primeira *a* mais prejudicial (...)”

“ (...) o diagnóstico de AVC inicia-se na obtenção da história da doença. São importantes os seguintes itens: idade, sexo e raça; hábitos de vida; história familiar; sintomas neurológicos prévios; início da doença actual; evolução do quadro neurológico; dados de possíveis doenças cardíacas e vasculares. Em seguida realiza-se exame físico geral, exame vascular (coração, pressão arterial nos 4 membros, palpação de pulsos periféricos, auscultação das carótidas cervicais e aorta abdominal) e exame neurológico completo.” (Neurological Institute of Health Stroke Scale).

Como afirma, (Sebastião Eurico de Melo e Sousa, *cit in* Enfermagem de reabilitação, p,232)

“ (...) a hipertensão arterial é importante para todo tipo de AVC, especialmente a hemorragia intracerebral, os enfartes lacunares e o enfarte aterotrombótico. O risco é estimado ser de 4 vezes em comparação com a população normotensa e este risco já inicia com o limite superior de 140 x 90 mmHg. Há comprovação de que o controle efectivo da hipertensão arterial reduz significativamente as taxas de incidência e óbitos por AVC.”

“ (...) o tabagismo é um fator de risco independente para o AVC, aumentado a incidência em 3 vezes. A interrupção do ato de fumar faz reverter as alterações vasculares, eliminando este agravante (...)” segundo; (Sebastião Eurico de Melo e Sousa, *cit in* Enfermagem de reabilitação, p,235)

1.7.3 Incidência do Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular, de acordo com Fontes (1988), constitui um grave problema de saúde pública, para além de ser causa de morte, é responsável por elevada morbilidade e diminuição de esperança de vida com qualidade.

Em Portugal, o Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de mortalidade e morbilidade superando o conjunto de mortes atribuídas a todas as neoplasias e causando mais do dobro de óbitos que a doença coronária, contrariamente aos países industrializados, onde o Acidente Vascular Cerebral é apontado como sendo a terceira causa de morte, após as neoplasias e as doenças coronárias.

Portugal tem a maior taxa de mortalidade da União Europeia, “ (...) aproximadamente 20000 casos por ano, ou seja 2 casos por cada 1000 habitantes.” segundo (Gonçalves e Cardoso 1997 *cit in*: Martins, 2006).

Tem-se registado em Portugal, um declínio da mortalidade por AVC, tendo sido “ (...) entre 1980 e 1989 de 25% e mais recentemente entre 1990 e 1995, um decréscimo de 24% .” (Carrageta, Negrão, e Pádua *cit in* : Martins 2006)

No entanto, em 1996, o Acidente Vascular Cerebral, continuava a ser “ (...) responsável por 22,1% do total das mortes verificadas no país”, ou seja, “ (...) 23661 indivíduos, (...)” segundo a (Direcção Geral da Saúde, 1996 *cit in* : Martins, 2006)

Deste modo, verifica-se um ligeiro decréscimo da mortalidade, inferior porém, ao desejado ao verificado nos outros países industrializados.

Para além dos dados referidos anteriormente, a incidência do Acidente Vascular Cerebral, distingue-se também dos outros países da União Europeia pelos seguintes aspectos: pelo facto da mortalidade por AVC ocorrer habitualmente em contexto hospitalar. (Ferro, 2000)

1.7. 4 Prevenção do Acidente Vascular Cerebral

Muitas das causas de AVC podem ser evitadas e apesar de exercerem a sua acção durante décadas, esse efeito pode ser parcialmente reversível em poucos anos.

De acordo com Silva (2000,p.168), “cerca de 80% dos AVC poderão ser preveníveis cerca de 50% das mortes cerebrovasculares, antes dos 70 anos de idade, poderão ser evitadas (...)”, através da implementação de medidas preventivas.

A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a saúde e de que alterações adequadas podem, melhorar a saúde. (Kelly,2005)

Deste modo, a chave para a prevenção do AVC, consiste em identificar os indivíduos que apresentam um risco particularmente elevado de acidente cerebral e em intervir tão eficazmente quanto possível. (Kelly,2005)

1.8 Manifestações Clínicas do AVC

O AVC gera variados déficits neurológicos, que variam de acordo com a localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo. Para Smeltzer e Bare (2002, p.1581) o doente pode apresentar os seguintes sinais ou sintomas gerais:

Deficits do campo visual: perda da visão periférica e diplopia.

Deficits motores: hemiparésia, hemiplegia, ataxia, disartria e disfagia

Deficits Sensoriais: parestesia.

Deficits verbais: Afasia expressiva, afasia recetiva e afasia global.

Deficits cognitivos: perda de memória de curto e longo prazo, atenção diminuída, incapacidade de concentração, raciocínio abstracto deficiente.

Deficits emocionais: perda do auto-controle; labilidade emocional; tolerância diminuída a situações stressantes, depressão, abstinência, medo e raiva e sentimentos de isolamento.

1.9 Qualidade da vida

Na opinião da autora a percepção de qualidade de vida pode ser interpretada de formas diferentes dependendo da cultura, religião, etnias, etc.

Assim a OMS classifica qualidade de vida como,

“(...) posição do indivíduo sobre a sua percepção de vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (...)” (cit in, Qualidade de vida e saúde, aspectos conceptuais e metodológicos, Eliane Seidl e Célia Zannon).

Em concordância com Patrick e Erickson (1993 apud Ebrahim, pag 1384) “(...) é o valor atribuídos a duração da vida, modificada pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciadas por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.”

Considerámos assim que definir qualidade de vida, tal como acontece com a saúde, é algo complexo, pois estes conceitos podem significar diferentes concepções para diferentes pessoas, dependendo de parâmetros como os valores, aspetos culturais de cada pessoa e aspetos de ordem económica. Assim, a qualidade de vida deve ser uma percepção única e pessoal, influenciada por uma série de fatores interrelacionados, fatores ambientais, culturais, situação sócio económica, crenças religiosas, habitação, educação e emprego.

1.10 Conceito saúde e doença

Refletindo a diversidade do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científica e filosófica da experiência humana, o conceito de saúde tem vindo a ser definido de diferentes modos (Ribeiro,1998).

Um marco na evolução do conceito de saúde, surge em 1948 com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta organização definiu saúde como “ (...) completo bem-estar físico, mental e social, total, e não somente a ausência de doença ou incapacidade.”

(WHO, 1948, *cit in* Ribeiro, 2005,p. 21).

“Aquando da sua apresentação, esta definição parecia reunir todos os aspectos relacionados com a saúde ao incluir as dimensões psicológicas e social e não somente a dimensão biológica. Constitui ainda, num bom ponto de partida para a evolução do conceito de saúde, ao afirmar que: a saúde não é só a ausência de doença; a saúde resulta da avaliação individual do bem-estar que cada um faz de si; na manifestação da saúde há interdependência do nível físico, mental e social.”

1.11 Necessidades humanas básicas

O conselho internacional dos Enfermeiros e Enfermeiras descreveu a Enfermagem segundo o modelo de Virginia Henderson, isto é a partir das catorze necessidades fundamentais do ser humano. Essas necessidades são:

- Respirar;
- Comer e beber;
- Eliminar;
- Movimentar-se e manter uma postura correcta;
- Dormir e repousar;
- Vestir-se e despir-se;
- Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais;
- Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos;
- Evitar os perigos;

- Comunicar com os seus semelhantes;
- Agir segundo as suas crenças e valores;
- Ocupar-se com vista á sua realização;
- Recrear-se;
- Aprender;

O modelo Henderson fala de saúde, de necessidades básicas e da independência do utente na satisfação das suas necessidades.

O modelo conceptual de Virginia Henderson foi escolhido para elaborar o presente guia por fornecer uma visão clara dos cuidados de enfermagem numa perspectiva humanista. Permite-nos não só identificar os problemas de saúde e situar a intervenção mas avaliar de igual modo, todos os comportamentos possíveis e estabelecer as soluções adequadas.

II. Fase Metodológica

Para a elaboração de um estudo de investigação é necessário fazer um plano de como irá decorrer, de modo a que se definam, logo à partida, quais as actividades que são imprescindíveis de se desenvolver.

A fase metodológica, reporta-se aos métodos e instrumentos de estudo, abordando todos os aspectos inerentes à investigação, de forma a garantir uma melhor perceção de todo o estudo efectuado.

“(...) o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes da investigação, em explicitá-la de forma mais fiel possível e em comunicá-la (...)” (Benner, 1994, p, 34)

“Uma abordagem qualitativa, acontece frequentemente que se investiga «com» e não para as pessoas de interesse; certos investigadores vão ao ponto de designar os sujeitos do seu estudo como «co – investigadores»...”(Fortin,1999)

2.1- Tipo de Estudo

O início da fase metodológica acontece com o desenho de investigação, em que nele estão presentes todos os passos realizados ao longo deste processo.

O desenho de investigação segundo Burns e Grove (*cit in* Fortin,2009, p. 214)

“Além de fornecer um plano que permite responder às questões acessórias, o desenho especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamento que colocam o risco de afectar a validade dos resultados em estudo.”

Segundo Ribeiro (2007,pp.65-66)

“A Investigação qualitativa tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais, é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto face a face de um indivíduo, com um grupo, ou a observação do comportamento (...)”

Quanto a Polit et al. (2004, P.49) nos estudos qualitativos o investigador colhe essencialmente dados qualitativos como sendo descrições narrativas. De acordo com o mesmo autor, a informação pode ser obtida através de conversas ou mesmo anotações sobre os comportamentos em meio natural do entrevistado.

Tratando-se de um processo de trabalho intensivo a análise dos dados recolhidos através da entrevista só se tornou possível recorrendo à sua análise de conteúdo. Assim segundo Bardin (2008,p. 33);

“(...) é um conjunto de técnicas de análises de comunicação. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.”

Neste sentido torna-se imprescindível que o investigador faça uma entrevista, de acordo com Bardin (2008, p. 90), deve conhecer:

“(...) a riqueza desta fala, a sua singularidade individual mas também a aparência por vezes tortuosa, contraditória, «com buracos», com digressões incompreensíveis, negações incómodas, recuos, atalhos, saídas fugazes ou clarezas enganadoras (...)”

Quanto ao estudo descritivo, Andrade (1994,p,94) refere que;

“(...) o estudo descritivo apresenta características especiais que os distingue dos outros: uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada de colheita de dados, este tipo de estudo destina-se a estudar um fenómeno atual”.

O estudo fenomenológico é “(...) baseado na corrente naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e os significados dados pelo participante relativamente ao fenómeno.” (Le Compte e Preissle citado em Fortin, 1999).

Segundo *Merriam* (1988, cit in metodologia da investigação – guia para auto aprendizagem)

“O estudo de caso constitui a estratégia preferida quando se quer responder a questões de “como” , ou “porquê”, o investigador não pode exercer controlo sobre os acontecimentos e o estudo focaliza-se na investigação de um fenómeno actual no seu próprio contexto.”

A validade interna diz respeito à correspondência entre os resultados e a realidade, isto é, a necessidade de garantir que estes traduzam a realidade estudada. A fiabilidade diz respeito à replicação do estudo, isto é a necessidade de assegurar que os resultados obtidos seriam idênticos aos que se alcançariam se o estudo fosse repetido.

A visão holística é uma característica do método qualitativo, assim, os investigadores devem ter em conta a “realização global”.

“Os indivíduos, os grupos e as situações são vistos como um todo, sendo estudado o passado e o presente dos sujeitos de investigação. ”(Bodgan e Biklen, 1994)

Segundo o mesmo autor; “(...) a preocupação central não é a de saber se os resultados são susceptíveis de generalização , mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados. ”

2.2 Amostra e seleção do caso

Na opinião de Bravo (*cit. In Araujo et al. 2008*) e de acordo com a metodologia inerente a este estudo de caso, a escolha da amostra torna-se assim um passo importante e essencial para o trabalho.

Para a escolha do caso o investigador estabelece um fio condutor lógico que guiará todo o processo de recolha de dados (*Creswell cit in Araujo 2008 et al*).

Para um estudo de caso é necessário o investigador estar centrado em compreender o caso em que está a trabalhar.

Assim para este estudo de caso optou-se por uma amostra de caso único, apenas um indivíduo.

2.3 Método e instrumento de colheita de dados

2.3.1 Entrevista

Depois de efetuada uma pesquisa a investigadora chegou à conclusão que o método de recolha de dados mais indicado para este estudo seria a entrevista, assim foi elaborado um guião de entrevista com quatro perguntas semi estruturadas, estas podem ser direccionadas ao tema em questão e recolher a maior quantidade de informação possível, pois só assim conseguiremos elaborar um estudo fidedigno e completo. A escolha deste instrumento de recolha de dados surge também pela sua funcionalidade, uma vez que as perguntas serão colocadas pela “investigadora”, o que possibilita a recolha da informação necessária para a elaboração do estudo, foi também utilizado um documento relativo à identificação socio-demográfica.

A entrevista semi estruturada é realizada em situação presencial, a interação direta é a questão chave na técnica de entrevista em contexto real.

Segundo Bardin (2008,p,42) a análise de dados conseguidos através de entrevista requer um trabalho intensivo, assim defende que;

“(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo de mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”

Segundo Hopf (1978) ,

“(...) o que é característico nestas entrevistas é a incorporação das perguntas mais ou menos abertas, no guião. Espera-se que o entrevistado responda livremente a essas perguntas. O esforço de não perder os pontos de vista subjectivos e relevantes para o tema, também podem gerar problemas nestas entrevistas, o entrevistador tem por isso de decidir que perguntas fazer, quando e em que ordem (...)”

2.4 Considerações éticas

Atendendo a que neste estudo irá ser realizada uma entrevista como instrumento de colheita de dados o investigador terá que respeitar os aspectos éticos e garantir a confidencialidade dos dados colhidos e assegurar voluntariedade dos que nele participam, será obtido também consentimento informado indo de encontro ao que afirma Fortin (1999):

Na investigação são definidos cinco princípios ou direitos fundamentais dos seres humanos: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo; direito ao tratamento justo e leal. De acordo com estes factos todo o processo do estudo cumpriu os critérios éticos. Assim com, toda a informação relativa ao estudo, incluindo a declaração de consentimento informado, tendo sido esta devidamente assinada pelo indivíduo em estudo.

2.5 Tratamento de dados

Logo após a recolha de dados para a elaboração deste estudo de caso foi efetuado o tratamento e a análise dos dados com base na técnica de análise de conteúdo, pois esta facilita tratar a informação recolhida. Esta fase da análise e tratamento de dados é sem dúvida a fase mais demorada de todo o trabalho, exigindo uma atenção constante e uma análise profunda de todo o processo.

A transcrição do conteúdo da entrevista foi colocada em quadros, daí ter-se sentido a necessidade de dividir os mesmos em; categoria, unidade de registo e unidade de contexto de forma a efetuar uma análise de conteúdo correta. Como define (Bardin, 2008, p. 127) Com o objetivo de codificar a unidade de registo emergiu a unidade de contexto que, de acordo com a mesma autora (p. 133), “ (...) corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo”.

Segundo Bardin(2008,P, 122),

“(...) a análise de conteúdo organiza-se em três fases, a pré análise, a exploração de material recolhido, o tratamento dos resultados a inferência e a interpretação, que segundo o mesmo autor consiste, em estabelecer contacto com os documentos a analisar.”

Além do guião de entrevista referida anteriormente, foi preenchido também um documento relativo à identificação Sócio Demográfica e dados relacionados com a instalação do AVC.

As questões de investigação utilizadas, foram sempre um fio condutor que permitiu conduzir o estudo e refletir nos pontos essenciais do mesmo e proceder para que estes reflitam o que pretende estudar (Fortin, 1999).

“A fidelidade designa a precisão e a constância com que os instrumentos de medida fornecem resultados comparáveis em situações comparáveis, existindo quatro tipos de fidelidade: a estabilidade, a consistência interna, a equivalência e a fidelidade das medidas entre os observadores.” (Fortin, 1999, p.235).

Relativamente à validade, Fortin (1999, p. 235), refere que “A validade de um instrumento de medida demonstra até que ponto o instrumento mede o que ele pretende medir.”

III. Fase Empírica

Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente, ocorra a discussão dos mesmos.

Conforme Fortin (2009, pag.56)

“A fase empírica corresponde à colheita de dados no terreno, à sua organização e análise (...) Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que, posteriormente ocorra a discussão dos mesmos. “

Nesta etapa do trabalho a investigadora procede à apresentação dos dados obtidos para posteriormente proceder à análise dos mesmos, de forma a ir de encontro aos objetivos da investigação.

3.1 Apresentação do caso

O presente estudo de caso, irá estudar apenas um indivíduo.

Esta entrevista decorreu na habitação do indivíduo em estudo, em horário oportuno e previamente definido por ambas as partes, será também gravada a entrevista de forma a não se perder qualquer informação considerada oportuna para este estudo de caso.

Trata-se de um indivíduo que presentemente tem 60 anos, sexo masculino, raça caucasiana, professor já aposentado. Apesar de viver só com a esposa, tem dois filhos já casados e com família constituída.

Na altura do AVC, era seguido há cerca de seis anos no médico de família por ser considerado hipertenso, embora cumprisse o regime terapêutico instituído pelo clinico, mantinha, hábitos nocivos; fumava cerca de 20 cigarros por dia, bebia bastante (não precisa quanto), não propriamente em casa, mas com os colegas, no fim do trabalho tinham por hábito ir ”beber uns copos” (sic), deixou de praticar exercício físico (há anos atrás) e raramente andava a pé, refere que se cansava muito facilmente, e embora a

esposa tivesse cuidados na preparação das refeições, era fora de casa que se apresentava o maior problema, como refere: “ Ia aos petiscos, todos os dias” (sic).

Recorda-se que no dia em que sofreu o AVC, acordou com “muitas dores de cabeça” (sic), “parecia que tinha a boca um bocado ao lado” (sic) e “parecia que não tinha muita força do lado direito do corpo” (sic), deslocou-se ao serviço de Urgência do Hospital de Ponte de Lima, onde foi diagnosticado AVC isquémico, teve um internamento de 10 dias na Unidade de AVC, sendo referenciado após a alta para o serviço de MFR (Medicina Física e de Reabilitação) do mesmo hospital, serviço que frequentou durante dois meses, tendo alta clinica, com diminuição das sequelas.

Neste ponto serão apresentados os resultados da análise dos dados colhidos através da entrevista. De forma a facilitar a sua visualização foram construídos quadros que se apresentam de forma reduzida, optando-se em expor as unidades de contexto mais significativas.

3.2 Apresentação dos resultados / Análise da entrevista

3.2.1 Conceito de qualidade de vida para o indivíduo no pós AVC

O quadro 1 possibilitou identificar a categoria “ Como define o individuo qualidade de vida” e duas unidades de registo, “pós AVC” e “ Antes do AVC”

Categoria: Definição de qualidade de vida no pós AVC	
Unidade de registo	Unidade de contexto
Pós AVC	“(…) consigo fazer o que gosto, sou bastante independente, sou feliz e estou vivo, considero que tenho qualidade de vida (…)” P1, L3
Antes do AVC	“(…) acho que nunca tinha pensado nisso, mas agora que penso... acho que me foi habituando às minhas pequenas limitações(…)” P1, L5

Quadro 1- Análise de conteúdo referente á categoria “ Como define o individuo qualidade de vida”

Relativamente às unidades de registo **Pós AVC**, o individuo refere ter-se adaptado às pequenas limitações resultantes do AVC, considera que de uma forma geral, não deixou de fazer o que gosta, considera-se independente e sente-se feliz por estar vivo, palavras que definem para ele qualidade de vida.

No que concerne à segunda unidade de registo e tendo em conta o **antes AVC**, o individuo admite que nunca tinha pensado muito acerca do assunto, até ter sido vítima do AVC.

Qualidade de vida pode ser interpretada de diferentes formas, segundo a OMS, é:

“(…) posição do indivíduo sobre a sua perceção de vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações...” (cit in, Qualidade de vida e saúde, aspetos conceptuais e metodológicos, Eliane Seidl e Célia Zannon)

Segundo (Silva e Pinto, 2006),

“(...) estes conceitos podem significar diferentes concepções para diferentes pessoas, dependendo de parâmetros como os valores, aspetos culturais de cada pessoa e aspetos de ordem económica. Assim, a qualidade de vida deve ser uma perceção única e pessoal, influenciada por uma serie de fatores interrelacionados, fatores ambientais, culturais, situação socio económica, crenças religiosas, habitação, educação, emprego (...)”

3.2.2 Descrição de necessidades humanas básicas no pós AVC

O quadro 2 possibilitou identificar a categoria “ Percurso diário do individuo no pós AVC relativamente às necessidades humanas básicas”, assim como catorze unidades de registo que correspondem às catorze necessidades humanas básicas de Virginia Hendersen

Unidades de registo	Unidades de Contexto
Respirar normalmente	“(...) acho que nos primeiros dias, em que tive de ficar de cama me custava um pouco a respirar, parece que o ar não entrava nem saía bem.” P 2, L2
Comer e beber adequadamente	“(...) tento fazer uma alimentação saudável, mas...sempre gostei de beber uns copinhos... fora de casa, porque em casa tenho mais cuidado, tenho a “patroa” a controlar, por causa da hipertensão (...)” P2, L 3
Eliminar resíduos corporais	“(...) não tenho nenhum problema, quando tive o AVC o intestino às vezes não funcionava muito bem, mas agora sou muito regular. Acho que era por estar mais parado (...)” P2, L5
Mover-se e manter posturas corretas	“(...) dou grandes passeios, ando sempre a pé, só não consigo correr, não tenho força na perna direita (...)” P2, L8
Dormir e descansar	“(...)tive problemas em adormecer quando estava internado por causa do ambiente, mas geralmente durmo bem, tenho o hábito de fazer a sesta, acho que é um bom hábito, para quem pode (...)” P2, L2

<p>Vestir-se e despir-se (selecionando vestuário adequado)</p>	<p>“(…) a minha esposa escolhe-me a roupa mas eu concordo sempre, somos um casal á moda antiga. Tem é que me ajudar com os botões e os cordões, desde o AVC fiquei com dificuldade em apertar/desapertar (…)” P2, L 14</p>
<p>Mantem a temperatura corporal adaptando o vestuário e modificando o ambiente</p>	<p>“(…)quando tenho calor visto uma roupa mais fresquinha, quando o frio aperta vai-se buscar os agasalhos(…)“(…)em casa no Inverno tenho a lareira e no Verão não passo sem o ar condicionado em casa e no carro, se transpiro muito sinto-me sujo(…)” P2, L16</p>
<p>Mantem a higiene e proteção da pele</p>	<p>“(…) não passo sem um bom banho diário, e ás vezes dois(…)” “(…) ponho creme facial com proteção solar, foi o médico que aconselhou e hidratou a pele do corpo no fim do banho, ás vezes esqueço-me (…)” P2, L 17</p>
<p>Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros</p>	<p>“(…) sempre respeitei muito o ambiente e tudo que possa causar situações perigo, só faço o que a minha saúde permite.” P2, L21</p>
<p>Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades e opiniões</p>	<p>“(…)sempre foi uma pessoa sincera, às vezes retraio-me um bocado, a seguir ao AVC achava que as pessoas não me percebiam, o médico diz que era “disartria” e por isso não falava muito, agora já não tenho esses problemas mas não gosto muito de mostrar sentimentos.” P2, L 26</p>
<p>Viver segundo crenças e valores</p>	<p>“(…)tento preservar e inculcar nos meus filhos os valores e princípios que me foram passados pelos meus pais, respeito e dou muito valor á educação e respeito por os outros, mas infelizmente são valores que se estão a perder (…)” P2, L 31</p>
<p>Trabalhar de forma a obter realização e satisfação</p>	<p>“(…) estou aposentado há 3 anos, mas era professor e adorava, sinto-me muito realizado e ainda tenho saudades dos miúdos, mas achei melhor...descansar (…)” P 2, L34</p>
<p>Praticar desporto ou participar em diferentes atividades recreativas</p>	<p>“(…) joguei futebol profissional cerca de 12 anos, sempre adorei o futebol, depois veio a família e com o tempo foi deixando de o fazer, senti-a necessidade de passar mais tempo com a família... nunca mais joguei e após o AVC era impensável (…)” P 2, L37</p>

Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis	“(…)gosto muito de ler, ver programas informativos e saber o que de mais importante se passa no mundo, gosto tanto de aprender como gostei de ensinar. Tenho Net, televisão e acesso a todo o tipo de informação, como gosto de conversar tento manter-me atualizado (…)” P 12, L41
--	---

Quadro 2- Análise de conteúdo referente à categoria “ Relativamente às necessidades humanas básicas como descreve o dia-a-dia após o AVC”

Relativamente à unidade de registo “**respirar**”, o indivíduo afirma que, nos “primeiros” dias sentiu alguma dificuldade nestes movimentos, associados por ele ao facto da imobilidade.

Tal como refere Danielle Mailloux- Poirier (1995, p 200):

“As alterações comuns do sistema nervoso predis põem a problemas respiratórios, a imobilidade produz estase e acumulação das secreções, por diminuição da força muscular e depressão do sistema nervoso central, contribuindo para a ineficácia do reflexo de tosse.”

No que diz respeito à unidade de registo **comer**, o indivíduo refere que, tenta fazer uma alimentação equilibrada, embora mantenha hábitos alcoólicos, mais acentuados nos momentos de convívio com os amigos, em casa e por iniciativa da esposa estes parâmetros tendem a ser mais cuidados.

Danielle Mailloux- Poirier (1995, p, 216 e 237) ”(…) a saúde e a longevidade estão directamente ligados ao estado nutricional e hábitos alimentares, o alcoolismo tem efeitos devastadores no estado nutricional (…)”

Relativamente à unidade de registo **eliminar** o indivíduo refere que apenas teve alguns “problemas”, na fase aguda do AVC, provavelmente pela imobilização.

Segundo, Danielle Mailloux- Poirier (1995, p, 263) “Eliminar, necessidade do ser humano rejeitar substâncias nocivas ou inúteis, resultantes do metabolismo (…)”

Devido a problemas específicos e patologias associadas, há um risco relativamente grande de alterações urinárias e intestinais.

Relativamente à unidade de registo **mover-se e manter posturas correctas**; o indivíduo refere que não houve alterações muito significativas, é capaz de mover-se e manter posturas correctas, embora alegue que “não tem força” no membro inferior direito, o que impede atividades como correr.

Segundo, Danielle Mailloux- Poirier (1995, p, 291),

“A saúde e o bem-estar de um individuo depende da sua capacidade para se mover e mobilizar os membros. A mobilização de todas as partes do corpo através de movimentos coordenados e a manutenção de um bom alinhamento corporal permitem ao organismo desempenhar todas as suas funções vitais (...)”

O mesmo autor defende que; “As transformações músculo esqueléticas e neurológicas afectam a mobilidade e a postura, não desencadeando necessariamente problemas de dependência (...)”

Relativamente à unidade de registo **dormir e descansar** este parâmetro o individuo refere que teve dificuldade em dormir durante o período de internamento, além de ter mais três pessoas na mesma enfermaria o barulho era constante; dos outros doentes, das visitas e dos profissionais, ainda que durante a noite estes tivessem cuidado em proporcionar um ambiente de repouso adequado por vários factores, nem sempre era possível. Refere também que gosta de dormir a sesta e mantém este hábito, reconhecendo também que não é uma actividade ao acesso de todos.

Danielle Mailloux- Poirier (1995, P, 319) refere que;

“O barulho e mais particularmente os barulhos ocasionais e inesperados, grau de intimidade (numero de pessoas que partilham o mesmo quarto,) e a temperatura (calor ou frio intenso) influenciam o sono (...)”. As sestras ou «pequenos sonos» são períodos de repouso normais que aumentam à medida que envelhecemos. Evidenciam simplesmente uma distribuição diferente dos ciclos do sono e compensam a diminuição dos sonos nocturnos (...)”

O indivíduo refere que relativamente à unidade de registo **vestir-se e despir-se** a esposa o ajuda na escolha do vestuário adequado, não tendo com isso nenhum problema, embora saliente o facto de evitar roupa e calçado com botões e cordões, por ter dificuldade em apertar/desapertar os mesmos, devido às alterações da mobilidade apresentadas (hemicorpo direito).

Segundo Danielle Mailloux- Poirier (1995, p, 335);

“As alterações da vida diária (AVD), em que o vestuário e cuidados ligados ao arranjo pessoal são geralmente considerados como comportamentos automáticos e rotineiros, podem ser afectadas por alterações cognitivas e/ou da perceção. (...) o indivíduo atingido com alteração de mobilidade não pode com efeito, utilizar uma das mãos o que interfere com o vestir (...)”

Na unidade de registo **manter a temperatura corporal adaptando o vestuário e modificando o ambiente** o indivíduo refere que revela bastante autonomia e noção das situações de calor ou frio e como reagir a estas alterações, não tendo assim praticamente nenhum problema em manter a temperatura corporal adoptando o vestuário e o ambiente.

“Deve verificar-se se os beneficiários são sedentários ou activos, se estão acamados permanentemente, se tem capacidades para sair de casa, o facto de poder deslocar-se permite-lhes ir de um local mais fresco para um mais quente e vice-versa, segundo as suas necessidades. Deve também verificar-se se estes podem ou não vestir-se e despir-se sozinhos, ou se tem necessidade de ajuda para fazê-lo.” Gerontological Nursing :Concepts and practise (1980, p, 246)

O indivíduo refere que em relação à unidade de registo **manter a higiene e protecção da pele** não dispensa os cuidados de higiene, sendo estes uma actividade diária, tem também cuidados com a protecção e hidratação da pele, refere que este tipo de cuidado foi recomendado pelo médico de família e que tenta manter dentro do possível, uma vez que tem autonomia suficiente para o fazer sem necessitar de ajuda.

Segundo, Blackwell (Les comportements humains, 1982, p, 17)

“ (...) a satisfação da necessidade de limpeza, não implica unicamente a capacidade física de realizar os gestos e acções necessárias. Outros fatores psico socioculturais influenciam igualmente a satisfação desta necessidade, a auto estima esta intimamente ligada a todos os aspectos da auto imagem.”

Os hábitos pessoais são também influenciados pela personalidade educação de cada um, estando directamente relacionados com a auto imagem e a percepção que cada um tem de si mesmo.

Em relação à unidade de registo **evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros**, o indivíduo revela ter noção das suas limitações, diz ter cuidados essencialmente na prevenção de quedas, acidentes, ou algum descuido que possa por em causa a sua vida ou a de terceiros.

“ Para conservar a saúde e assegurar a segurança, o ser humano deve proceder de forma a que o seu ambiente pessoal o preserve do contágio, das doenças e dos acidentes. (...) a adaptação do ambiente permite evitar as quedas, acidentes, incêndios e hipotermia, que são muitas vezes causa de morte.”
Blackwell (Les comportements humains, 1982, p, 391)

Após o AVC, e na unidade de registo **Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades e opiniões**; o indivíduo refere ter apresentado “dificuldades na fala” o que o impediu essencialmente na fase inicial de comunicar livremente, porque se apercebia que as outras pessoas tinham dificuldade em entendê-lo e isso deixava-o de alguma forma constrangido e triste, passado relativamente pouco tempo (segundo ele em média de 2 semanas) recuperou desta alteração e a nível de comunicação tudo voltou a ser como anteriormente.

“ (...) certas pessoas exprimem as suas emoções através do choro, do rido ou das palavras, enquanto outros se recalcam e se fecham sobre si próprios.” “(...) disartria é um problema a nível da articulação e pronuncia das palavras, a área de Broca que se situa na parte anterior do cérebro é responsável pela linguagem articulada.” Segundo Blackwell (Les comportements humains, 1982, p, 479)

Na unidade de registo **viver segundo crenças e valores**, o indivíduo refere dar muita importância a todos os valores que lhe foram transmitidos pelos mais velhos, tentando manter essa forma de ser e de estar, se bem que reconhece que na atual sociedade se estão a perder valores outrora impensáveis de serem desvalorizados, daí que tente

incutir princípios e valores aos mais novos, embora tenha a noção que se vive atualmente numa sociedade diferente de há 40 anos atrás, acha, ainda assim que vale a pena educar.

“Todo o ser humano tem necessidade de crenças e de valores para manter a sua identidade pessoal e a sua individualidade. A identidade permite ao ser humano manter-se fundamentalmente o mesmo apesar de todas as mudanças que ocorrem no decurso da sua existência.” Blackwell (Les comportements humains, 1982, p, 200)

Em relação à unidade de registo **trabalhar de forma a obter realização e satisfação**; o individuo revela que embora esteja aposentado há 3 anos, sempre se sentiu realizado com a sua profissão, a partir do momento em que se aposentou diz sentir saudades dos alunos e da época em que lecionava, mas após o AVC achou que estava na altura de se aposentar.

“ A necessidade de se ocupar tendo em vista a auto realização está directamente ligada com os diferentes papéis sociais vividos e assumidos por um indivíduo.” Conseil international dès infirmieres (1989, p, 52)

Relativamente à unidade de registo **Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas**; o individuo refere que embora tivesse o hábito de praticar desporto (futebol) com frequência quando era mais novo, sentiu necessidade de abdicar deste passatempo em prol da família, quando mais tarde sofreu o AVC, teve realmente a noção que o futebol seria uma etapa da sua vida que pertencia ao passado.

Para a prática de qualquer atividade desportiva deve-se ser são de corpo e espírito, ter órgãos sensoriais em perfeito estado e ter força suficiente e resistência muscular.

O individuo refere que relativamente à unidade de registo **aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis**; sempre gostou de aprender, daí que, embora não tenha uma vida social tão ativa como anteriormente, mantém o mesmo gosto pela aprendizagem e faz questão de se manter atualizado em relação aos temas mais

pertinentes e atuais, disponibilizando assim acesso aos meios de informação necessários para esta consulta e atualização.

“ As pessoas mais velhas podem aprender tão depressa e tão bem como os jovens, na condição de que se lhes dê a ocasião de o fazer e que lhes seja permitido aprender ao seu próprio ritmo. A satisfação da necessidade de aprender é uma necessidade de todo o ser humano e é essencial para atingir um nível de funcionamento óptimo e para se realizar plenamente.” Conseil international des infirmières (1989, p, 64)

3.2.3 Tipos de alterações no pós AVC

Categoria: Com que alterações físicas, sociais, emocionais ficou após o AVC	
Unidade de registo	Unidade de Contexto
Alterações Físicas	“(…) perda de força do lado direito(…)” P3, L 2
Alterações Sociais	“(…) penso que atualmente tenho uma vida social normal.” P3, L 4
Alterações Emocionais	“A seguir ao AVC sentia-me triste e deprimido, agora não tudo voltou a ser como era antes.” P3, L7

Quadro 3- Análise de conteúdo referente à categoria; “ Com que alterações físicas, sociais e emocionais ficou após o AVC”

Em relação às unidades de registo **alterações físicas, sociais e emocionais**, o indivíduo refere que embora ainda mantenha alterações neurológicas (alterações da mobilidade) faz uma vida normal, a nível emocional logo a seguir ao AVC sentia-se triste, deprimido e com pouca vontade de sair de casa, o que interferiu na parte social, mas conforme se foi habituando á sua condição, estes “problemas” deixaram de existir.

Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu saúde como “ (...) completo bem-estar físico, mental e social, total, e não somente a ausência de doença ou incapacidade. (Kelly,2005)

3.2.4 Aspetos relevantes do impacto da doença no pós AVC

Categoria: Identificar aspetos positivos e/ou negativos do impacto da doença no dia a dia do individuo no pós AVC ;	
Unidade de registo	Unidade de Contexto
Aspetos relevantes positivos	“ vou mais vezes ao médico, ando mais controlado e tento alimentar-me de uma forma mais saudável” P4, L3
Aspetos relevantes negativos	“ficam as pequenas coisas que não consigo fazer, mas habituei-me e tento ser feliz assim” P4, L7

Quadro 4- Análise de conteúdo referente a categoria Identificar aspectos positivos e/ou negativos do impacto da doença no dia-a-dia”

Em relação às unidades de registo **aspetos positivos e/ ou negativos da doença no dia-a-dia**; o indivíduo refere que tem noção de que comete algumas infracções relativamente à alimentação, embora se esforce por fazer uma alimentação adequada, refere também serem mais frequentes as visitas ao médico tentando desta forma manter a sua saúde mais controlada. Embora mantenha algumas limitações, diz sentir-se uma pessoa feliz.

A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a saúde e de que alterações adequadas podem, melhorar a saúde.

Assim sendo e fazendo um breve resumo de toda a informação atrás descrita, o investigador conclui que; antes do AVC o indivíduo nunca tinha pensado se teria ou não qualidade de vida, sempre teve autonomia para fazer tudo que pretendia, desta forma, hoje consciente das suas limitações e já habituado a elas refere que embora apresenta ainda algumas limitações se sente feliz, pois considera ter bastante autonomia.

Diz ser uma pessoa realizada a nível pessoal e profissional, sempre gostou de aprender e manter-se informada sobre a atualidade, dá valor aos princípios inculcados pelos mais velhos e tenta transmiti-los aos mais novos, refere que a seguir ao AVC se sentia triste e deprimido, com pouca vontade de sair e conviver, mas conforme se foi adaptando à sua condição foi-se tornando na pessoa que era anteriormente e hoje mantém uma vida social ativa.

Consciente da gravidade do seu problema de saúde, refere que por vezes não tem cuidado suficiente com os hábitos alimentares, nem sempre faz uma alimentação correta, continua a ingerir álcool embora em menor quantidade e não consegue deixar de fumar. Embora as visitas ao médico de família sejam agora mais frequentes e se encontre mais controlado clinicamente, diz que por vezes se “esquece” do problema que teve, o que o leva a cometer alguns erros que poderão ser prejudiciais para a sua saúde.

IV - Conclusão

A realização deste estudo de caso torna-se preponderante para o desenvolvimento de conhecimentos técnico – científico, reflexivo e cognitivo, na medida em que permite adquirir destreza para a realização de futuros trabalhos de investigação, traduzindo-se assim numa mais-valia de desenvolvimento pessoal.

A principal dificuldade sentida pelo investigador foi na elaboração da entrevista para recolha de dados, uma vez que esta teria que ser assertiva e direcionada ao indivíduo em questão e também devido à complexidade do tema/pergunta de partida, que não permitia a utilização de um instrumento de colheita de dados preexistente.

Assim sendo, as experiências ocorridas durante todo o processo de investigação, e de uma forma mais relevante, ao longo do período de colheita de dados permitiu compreender melhor a opinião do indivíduo acerca do tema em questão. Para isso no decurso da entrevista o discurso foi sendo adaptado de forma a moldar-se ao contexto socio cultural do indivíduo participante, para que se obtivesse respostas dirigidas aos objetivos do estudo.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo foi possível identificar que o indivíduo refere ter-se adaptado as pequenas limitações resultantes do AVC, considera que de uma forma geral continua a fazer o que gosta e diz sentir-se independente, faz sempre que possível uma alimentação equilibrada embora mantenha hábitos alcoólicos, mais acentuados nos períodos de convívio com os amigos, no que refere à mobilidade diz que não tem alterações muito significativas é capaz de mover-se de forma autónoma e manter posturas corretas, embora a “perda de força” do hemicorpo direito o limite em atividades como, correr e conduzir. Durante o período de internamento e por questões ambientais refere que o padrão de repouso não era o melhor, mas esta situação foi ultrapassada logo que teve alta, para o sossego do seu lar, a esposa aconselha no vestuário a utilizar e dá uma ajuda importante em pequenas atividades como, apertar/desapertar botões e cordões, devido às alterações da mobilidade que o indivíduo apresenta. Atividades como a higiene não são por si descuradas referindo que gosta de tomar banho e ser cuidadoso com o seu corpo. Uma vez que tem noção das suas

limitações o individuo diz ter muitos cuidados essencialmente na prevenção das quedas, acidentes ou algum outro acidente que possa por em causa a sua vida ou a de terceiros. Apesar de ser uma pessoa bastante sociável, na fase aguda do AVC, sentia-se triste e deprimido sem vontade de sair de casa, mas ultrapassada esta fase, regressou de novo ao ciclo de amigos, dá muito valor a este tipo de convívio porque foram também princípios e comportamentos incutidos pelos mais velhos, embora reconheça que se estão a perder valores fundamentais, procura integrar-se na sociedade da melhor forma. Embora se encontre aposentado há cerca de 3 anos diz sentir saudades dos alunos e do tempo em que lecionava o hábito de jogar futebol era o seu passatempo favorito, atividade que teve que abandonar para se dedicar à família e agora por não ter condições físicas que o permitam, mantém-se uma pessoa interessada em tudo que se passa no mundo, procura informação e tem acesso aos meios de informação necessários para se manter atualizado. Refere ainda que com o processo da doença conseguiu encontrar aspetos positivos como ser mais assíduo nas consultas de vigilância e fazer uma alimentação mais adequada.

Assim, é bom saber que após todo este processo de doença, este individuo recuperou a alegria de viver.

Pensa-se que, apesar de todas as dificuldades e limitações devido à inexperiência na realização de trabalhos desta natureza, o presente estudo de caso se encaminhou no sentido de dar resposta às questões de investigação e objetivos, esperando que o mesmo possa contribuir para sensibilizar indivíduos com as mesmas dificuldades que o apresentado neste estudo de caso, de forma a conseguir ultrapassar todas as limitações que possam advir do AVC. Outro aspeto importante é a sensibilização dos profissionais de saúde para apostarem cada vez mais na recuperação destes indivíduos.

V. Bibliografia

- Associação Portuguesa de Enfermeiros. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, IGIF.
- Bardin, Laurence. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Revista geriatrics, Orengo, Fullerton & Tan (2005)
- Fortin, Marie-Fabienne. (1999). *O processo de Investigação*. Loures, Lusociência.
- Health pathology <http://ptshvoong.com.pt> [Consultado em 20-04-12].
- Harrison's Principles of Internal Medicine 2000
- Depressão nervosa. (2007). <http://pt.wikipedia.org/wiki/InstituiÃ§Ã£o>. [Consultado em 27/04/2012].
- AVC - prevalência. www.scielo.br/scieloOrg/php [consultado em 5/05/2012]
- Conselho de Enfermagem (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos enfermeiros*. [Em linha]. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt. [Consultado em 16/06/2012].
- Conselho de Enfermagem (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Ordem dos enfermeiros*. [Em linha]. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt. [Consultado em 16/06/2012].
- Lakatos, E. ; Marconi, M.; (2007). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo. 6ª Edição. Editora Atlas S.A.

- Vieira, M. (2005). Informar, revista de formação contínua em enfermagem. *Representações da humanização de cuidados de enfermagem - parte I*. ano XI (nº35, publicações semestral, Julho/Dezembro,)
- Lakatos et alii. (2001). Fundamentos de metodologia científica. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, S.A.
- Manual de laboração de trabalhos científicos (2011). Porto, edições Universidade Fernando Pessoa Martins, F. (2004).
- Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Inovação, Investigação em Educação*, 2 (2). [Em linha]. Disponível em <<https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/61/41>>
- Festas, C. (1999). *Cuidar no 3º milénio*, Servir, Volume nº47,nº2, pp.60-66.
- Ferreira, J. M. C. (2001). Manual de psicossociologia das organizações, Alfragide, McGraw-Hill.
- Jesus, E. H. (2000). Revista Servir. *Evolução tecnológica e humanização dos cuidados*. Vol 48 (nº5,Setembro/Outubro), pp.221-226.
- Carvalho, Fernando. (2002). Servir. *A sociedade de hoje, a enfermagem e a visão holística da pessoa*. Vol. 50, n. ° 5 (Set. -Out.), p. 254-256.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. LIDE

VI - APÊNDICES

Apêndice 1 – Entrevista semi estruturada

Percepção de qualidade de vida no pós AVC

Carla Isabel da Silva Castro

Entrevista Semi Estruturada

“Percepção de qualidade de vida no pós AVC”

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, Junho de 2012

CONSENTIMENTO INFORMADO

Aluna: Carla Isabel da Silva Castro, aluna do 4.º ano do curso de Licenciatura de Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima.

Eu, _____, aceito participar no estudo que tem por tema “Perceção de qualidade de vida no pós AVC”. Autorizo a utilização dos dados do questionário a que vou responder para a realização deste estudo. Tenho conhecimento do seu carácter científico e a minha participação é totalmente voluntária. Estou ciente que as informações serão tratadas de uma forma anónima e sigilosa, e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo caso me recuse a participar ou decida, a qualquer momento, desistir da minha participação.

Ponte de Lima, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

PARTE I

(Identificação sócio-demográfica)

Variáveis Biológicas

1. Qual a sua idade? ___ Anos
2. Género: ___ Feminino
___ Masculino

Variáveis sociais

3. Nacionalidade: ___ Portuguesa
___ Outra
4. Filhos: ___ Sim
___ Não
Se sim, quantos: ___
5. Estado Civil: ___ Solteiro(a)
___ Casado(a)
___ União de facto
___ Divorciado(a)
___ Separado(a)
___ Viuvo(a)

PARTE II

(dados relacionados com a instalação do Acidente Vascular Cerebral)

1. Tipo de AVC: ___ AIT
 ___ Isquémico
 ___ Hemorrágico
2. Défices Neurológicos: ___ Motores
 ___ Linguagem
 ___ Cognitivos

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. O que é para si neste momento qualidade de vida?

2. Relativamente às necessidades humanas básicas como descreve o seu dia a dia no pós AVC?

2.1- Respirar normalmente

2.2- Comer e beber adequadamente

2.3 – Eliminar resíduos corporais

2.4- Mover-se e manter posturas correctas

2.5- Dormir e descansar

2.6- Vestir-se e despir-se (seleccionando o vestuário adequado)

2.7- Manter a temperatura corporal adaptando o vestuário e modificando o ambiente

2.8- Manter a higiene e a protecção da pele

2.9- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros

2.10- Comunicar com os outros expressando emoções, necessidades...e opiniões

2.11- Viver segundo crenças e valores

2.12- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação

2.13- Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas

2.14- Aprender, descobrir, ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e á saúde , utilizando os meios disponíveis.

3 - Com que alterações (físicas, sociais, emocionais), ficou após o AVC?

3- Neste momento consegue identificar aspectos positivos e/ou negativos, do impacto da doença no seu dia a dia?

Obrigada pela sua compreensão !!!

